



**DELIBERAÇÃO 005/CIB/04**

**PPI-2004**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA  
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**A CIB - Comissão Intergestores Bipartite da Santa Catarina, no uso de suas atribuições e considerando:**

A Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde (Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90), definiram a saúde como direito social e as ações e serviços de saúde como atividades de relevância pública, ampliando o conceito de saúde e indicando os princípios e diretrizes para organização da atenção à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS;

A Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS – SUS 01/2002, que regulamenta o processo de reorganização da assistência, o desenvolvimento da capacidade de gestão do Sistema e as condições de habilitação de Estados e Municípios no âmbito do SUS e que define em seu parágrafo 21 que *“O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão”*;

A Portaria GM/MS n.º 1.020, de 31 de maio de 2002, que define que a Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência - é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios;



**Delibera que:**

**Art. 1º** - Fica aprovada a proposta de alocação dos recursos federais e parte dos recursos estaduais destinados à assistência dos municípios do Estado de Santa Catarina – PPI Ambulatorial e Hospitalar/2004;

**Parágrafo primeiro** – Os princípios e diretrizes que nortearam o processo de programação, bem como os critérios e parâmetros de alocação estão contidos no documento “Parte I - Diretrizes Estaduais para a Organização e Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar”, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite/SC em 19 de março de 2002, pelo Conselho Estadual da Saúde em 27 de março de 2002 e homologado pelo Governo do Estado de Santa Catarina com o Decreto n.º 4.417, de 08 de abril de 2002 com as devidas atualizações de Parâmetros (cota virtual) e Valores de Procedimentos em conformidade com as Portarias Ministeriais publicadas em 2003 (anexo 1);

**Parágrafo segundo** – Os quantitativos financeiros federais destinados à assistência, em cada um dos municípios do Estado de Santa Catarina para a competência de fevereiro de 2004, estão consolidados nos Quadros 1, 2 e 3, (anexo 2), que tratam:

A – Dos Limites Financeiros Municipais destinados à assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, subdividido em duas parcelas: uma referente ao atendimento da própria população e outra referente ao atendimento à população de outros municípios;

B – Da explicitação dos recursos programados que ficarão sob responsabilidade de gestão da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal;

**Parágrafo terceiro** – Os recursos do Tesouro Estadual serão alocados no teto da SES visando complementar a PPI Hospitalar – 2004 (anexo 3).

**Art. 2º** - Fica definida como de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde a condução do processo de acompanhamento da execução da PPI da assistência ambulatorial e hospitalar no âmbito do Estado de Santa Catarina

**Art. 3º** - É de responsabilidade exclusiva dos municípios habilitados em qualquer uma das formas de gestão, dentro de suas competências, a elaboração de suas respectivas propostas de programação por unidade



assistencial, com o apoio e assessoria das SDR - Secretarias de Desenvolvimento Regionais do Estado de Santa Catarina;

**Parágrafo único** – Caberá aos gestores municipais envolvidos e ao gestor estadual acompanhar a execução da programação dos recursos financeiros federais, estaduais e municipais destinados à assistência ambulatorial e hospitalar, de acordo com as prerrogativas e responsabilidades correspondentes à condição em que se encontrem habilitados.

**Art. 4º** - A revisão da PPI Ambulatorial será realizada trimestral ou pontualmente e a PPI Hospitalar semestral ou pontualmente, sendo que uma avaliação geral deverá ser realizada anualmente;

**Parágrafo primeiro** – Deverão ser garantidos na revisão da PPI em 2004, recursos de pactuação das esferas federal e estadual;

**Parágrafo segundo** - O gestor municipal poderá solicitar revisão do teto físico e financeiro para assistência ambulatorial e hospitalar à SDR (pela Gerência de Saúde) respectiva a qualquer tempo;

**Parágrafo terceiro** - A Gerência de Saúde da SDR respectiva deve emitir parecer técnico elaborado com base em levantamento de dados e informações consideradas necessárias à análise do pleito, em trabalho conjunto com os municípios do Módulo Assistencial, encaminhando à Secretaria de Estado da Saúde para avaliação;

**Parágrafo quarto** - A SES procederá análise e parecer técnico conclusivo e levará o pedido ao COSEMS para apreciação e deliberação final na Comissão Intergestores Bipartite;

**Parágrafo quinto** - O gestor municipal que se julgar prejudicado pelo remanejamento de teto ambulatorial ou hospitalar poderá recorrer à Comissão Intergestores Bipartite.

**Art. 5º** – As referências pactuadas estão explicitadas nos TCGA - Termos de Compromisso de Garantia de Acesso, entre a SES e cada município do Estado, que estarão assinados até 29 de fevereiro de 2004;

**Parágrafo único** - As pactuações das referências explicitadas através da assinatura do TCGA deverão contemplar os quantitativos de procedimentos de acordo com a capacidade instalada e/ou recursos financeiros alocados para sua realização.



**Art. 6º** - Os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que possuem em seu território Unidade Hospitalar do Estado, deverão firmar no prazo máximo de até 90 (noventa) dias Termo de Compromisso entre Entes Públicos – TCEP (Gestor Estadual/Gestor Municipal) e/ou Contrato de Metas.

**Art. 7º** - O município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal assumirá a celebração de contratos com serviços privados filantrópicos ou com fins lucrativos sob sua gestão;

**Parágrafo primeiro** – Os municípios habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada solicitarão a celebração pela Secretaria de Estado da Saúde de contratos com serviços privados, filantrópicos ou com fins lucrativos sob a sua gestão. É vedada a celebração de qualquer contrato sem o prévio credenciamento.

**Art. 8º** - No prazo de até 06 (seis) meses, a SES procederá processo de regularização dos contratos com serviços localizados nos municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, incluindo os serviços sob sua Gestão, de acordo com os tetos físicos e financeiros definidos na PPI.

**Parágrafo único** – Fica estabelecido o mesmo período para que os Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal regularizem o processo de compra e realizem contratos com serviços privados complementares que se façam necessários para a implantação da PPI.

**Art. 9º** – As minutas de contratos contidas na Portaria n.º 1286, de 26 de outubro de 1993 (D.O.U de 03/11/1993) e no manual de “Orientações para Contratações de Serviços de Saúde” (Caderno do Ministério da Saúde de 2003), apresentam cláusulas definidas pela União e poderão ser acrescidas de outras cláusulas que possam melhor explicitar as necessidades e condições do município, desde que não contrariem as normas estabelecidas em legislação vigente.

**Art. 10º** – Para o grupo de Órtese e Prótese a alocação dos recursos fica subdividida com 50% para as Bolsas de Colostomia de todo Estado referenciado para as unidades sob Gestão Estadual. Os demais 50% do teto de Órtese e Prótese, ficam alocados, opcionalmente, nos Municípios com população acima de 80.000 habitantes (calculado percapitadamente) e os demais Municípios ficam com referencia para a Gestão Estadual.



**Art. 11º** – Para uma distribuição uniforme dos recursos alocados em Tratamento Fora do Domicílio Intermunicipal, 40% foram destinados para a cobertura da média complexidade ambulatorial e 60% para os grupos da alta complexidade ambulatorial, incluindo TRS – Terapia Renal Substitutiva.

**Parágrafo único** – Foi considerada a população residente do município e a distância percorrida (em Km) até o local de referência dos serviços. Multiplicou-se a população do município pela distância desde este até o pólo de referência, calculando assim, para os municípios mais distantes das suas respectivas referências, um valor per capita maior do que o dos município mais próximos. Salientamos que foi considerada somente os municípios com referências acima dos 50 Km (ida e volta) preconizados em Portaria Ministerial;

**Art. 12º** - É de responsabilidade de todos os municípios o acompanhamento da PPI, através dos seus serviços de controle, avaliação e auditoria.

**Art. 13º** - Para a implantação da PPI Hospitalar é de suma importância o cumprimento das Portarias SAS/MS 054/96, SAS/MS 113/97, SAS/MS 117/00, SES 583/00 e SES 1053/04 pelos Gestores Municipais e Estadual.

**Art. 14º** - Para a PPI Hospitalar foi utilizada a classificação das Unidades Prestadoras de Serviço Hospitalar em Porte (documento em anexo) conforme critérios específicos;

**Parágrafo primeiro** – Levantado o custo médio por Unidade Hospitalar e avaliado de acordo com sua classificação, resultando em valores por grupo de Unidades (Porte II, I e UMI) e individual (Porte III e II), quadro resumo e tabela detalhada em anexo;

**Parágrafo segundo** – Considerou-se o custo médio das AIH's - Autorizações de Internação Hospitalar de 2003, utilizou-se a produção de janeiro à junho de 2003 e projetando-a para o ano;

**Parágrafo terceiro** – Definiu-se que a distribuição das AIH's será com base na população estimativa de 2003, e 7% da respectiva população, sem considerar as internações extra-teto;

**Parágrafo quarto** – Utilizou-se a série histórica de 2002, para a construção das referências de internações municipais e intermunicipais;

**Parágrafo quinto** – Levantado que 54 Unidades Hospitalares classificadas como Porte I, não apresentam produção nas 04 clínicas básicas (clínicas médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria), define o prazo de 08 (oito) meses



para essas Unidades se adequarem ou serão descredenciadas (relação em anexo).

**Parágrafo sexto** – Na revisão da PPI Hospitalar, serão considerados outros critérios contidos na Lei 8080/90 tais como: morbidade sazonal, perfil epidemiológico, índice de desenvolvimento social, avaliação da rede básica, etc, além do percentual de cobertura.

**Art. 15º** - No âmbito do Estado de Santa Catarina o processo de descentralização tem avançado através da negociação permanente entre os gestores municipais e estadual, porém torna-se fundamental, para a consolidação e fortalecimento do processo a implementação simultânea de outros instrumentos de Gestão imprescindíveis para a efetivação do SUS – Sistema Único de Saúde, tais como: PDR - Plano Diretor de Regionalização, o PDI - Plano Diretor de Investimentos e o Plano Estadual de Regulação.

**Art. 16º** - Para a implantação da PPI da Assistência em Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde deverá;

**Parágrafo primeiro** – Ampliar a oferta de consultas/procedimentos de média complexidade em 90 dias, disponibilizando toda a oferta de serviços das unidades próprias e contratadas da SES através da CMCS;

**Parágrafo segundo** – Operacionalizar o “Implementação da PPI da Assistência no Estado - IMC/SC – Incentivo na Média Complexidade com Recursos Estaduais”, permitindo a ampliação de oferta de consultas/procedimentos de média complexidade (anexo 4);

**Parágrafo terceiro** – A oferta dos serviços, atualmente restritos a pacientes internados nos hospitais próprios do Estado, para todos os que necessitarem, observados os fluxos e protocolos estabelecidos (Arteriografia Digital e Angiografia);

**Parágrafo quarto** – O Estado procederá o agendamento de todos os TFD's 30 dias após encaminhados, de acordo com a PPI e enviará ao município. A partir de então todos os TFD's serão agendados via SDR/Gerência de Saúde, não havendo necessidade de deslocamento para agendamento;

**Parágrafo quinto** – Adequar os consórcios existentes de forma a possibilitar sua inclusão no FCES, permitindo ao município-sede apresentar esta produção;



**Parágrafo sexto** – Normatizar que o serviço de Emergência das unidades próprias do Estado (no decorrer de 90 dias) só poderá solicitar exames caracterizados como emergência durante o atendimento.

**Art. 17º** - Para regulamentar os postos de Coleta de exames de patologia clínica no Estado, definiu-se que:

**Parágrafo primeiro** – Os Postos de Coleta devem ser localizados em municípios de pequeno porte que não disponham de laboratório de patologia clínica em seu território ou em municípios que dispõem de laboratório e que este se recuse a atender pela tabela SAI/SUS;

**Parágrafo segundo** – Quando em municípios de médio e grande porte cabe a colocação de Posto de Coleta em bairros para facilitar o acesso dos usuários;

**Parágrafo terceiro** – O Posto de Coleta deve ser cadastrado no sistema pelo gestor municipal beneficiado pelo serviço, para manutenção do controle do Estado e cumprir todos os requisitos da Portaria ministerial que regulamenta este serviço.

**Art. 18º** - Os casos omissos e excepcionais serão deliberados pela Comissão Intergestores Bipartite.

**Art. 19º** - Fica revogada as demais resoluções sobre a implantação da PPI da Assistência no Estado de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de janeiro de 2004

  
**Fernando Coruja Agustini**  
**COORDENADOR CIB/SES**

  
**Marlene M. Possan Foschiera**  
**COORDENADORA CIB/COSEMS**